

Competentiegericht onderwijs in de Nederlandse huisartsopleidingen: arts-patiënt communicatie

A.A. Timmerman, P. Ram, J.W.L. Cals

Samenvatting

Inleiding: *Communicatie is essentieel voor adequaat medisch handelen. Er is onvoldoende groei geconstateerd in de competentie arts-patiënt communicatie (APC) gedurende de huisartsopleiding. Kwaliteit van de onderwijsinhoud stuurt het leergedrag van huisartsen in opleiding en is bepalend voor de effectiviteit van het APC onderwijs. De beperkte groei zou verklaard kunnen worden door een niet optimale vertaling van de contextspecifieke beroepssituatie naar de onderwijsinhoud, en door een beperkte consistentie tussen onderwijsinhoud, competenties en contextspecifieke doelen.*

Methode: *De onderwijsinhoud APC voor artsen in opleiding tot specialist (aios) van de acht huisartsopleidingen in Nederland, ontwikkeld tot 2009, is onderzocht. De mate waarin APC competenties geïntegreerd zijn in onderwijsdoelen met contextspecifieke aanbevelingen is vastgesteld.*

Resultaten: *Bij drie van de acht huisartsopleidingen (Rotterdam, Leiden, AMC-UvA) is het verband tussen competenties en (contextspecifieke) leerdoelen uitgewerkt in programma's voor onderwijsbijeentkomsten. De onderwijsinhoud APC is in jaar 1 het meest doorontwikkeld met enige leerdoelen die de context van de beroepssituatie beschrijven. Het accent ligt op generieke communicatieprincipes. Binnen de opleidingsinstituten zijn er verschillen in de wijze van koppeling tussen competenties en leerdoelen in het onderwijs.*

Discussie: *De onderwijsinhoud APC blijkt veelvormig te zijn. Een noodzakelijk toenemende integratie van competenties, contextspecifieke leerdoelen en toetsing in jaar 1 tot jaar 3, maakt een nauwe afstemming met het praktijkleren onvermijdelijk. Transfer kan worden bevorderd door kenmerkende beroepssituaties als uitgangspunt te nemen in het onderwijs, ondersteund door contextspecificiteit in leerdoelen. Het op kritisch reflectieve wijze integreren van APC competenties in verschillende beroepssituaties wordt bevorderd door de huisartsopleiders (en docenten) te trainen in het optimaliseren van hun didactische en communicatieve competenties. (Timmerman AA, Ram P, Cals JWL. Competentiegericht onderwijs in de Nederlandse huisartsopleidingen: arts-patiënt communicatie. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2011;30(4):130-142)*

Inleiding

Efficiënt en effectief communiceren in het consult is een essentieel ingrediënt van het geneeskundig handelen van de arts.¹⁻³ Dit leidt tot positieve effecten op de nauwkeurigheid en efficiëntie van consulten, op de gezondheidstoestand en therapietrouw van patiënten en op de tevredenheid van zowel de arts als de patiënt.⁴⁻⁵ Bij klachten binnen de gezondheidszorg speelt naast de lengte

van het consult een inadequate arts-patiënt communicatie veelal een cruciale rol.⁶⁻⁹

In alle medische specialismen vormt de arts-patiënt communicatie de basis voor medisch handelen, gebaseerd op de CanMEDS 2000 competenties.¹⁰⁻¹¹ Er kan wel worden gedifferentieerd naar de wijze waarop communicatie wordt ingezet in de praktijk: enerzijds generalistische continue zorg gedurende opeenvolgende levensfasen en

ziekte-episoden in de eerste lijn en anderzijds veelal kortdurende episodische zorg in de tweede lijn. In de huisartsgeneeskunde is bij uiteenlopende klachten en aandoeningen het contextgericht werken een expliciete pijler van diagnostiek en beleid.¹²⁻¹³ De arts-patiënt relatie vervult hierin een cruciale rol.¹⁴⁻¹⁵

Gedurende de huisartsopleiding worden competenties voor de arts-patiënt communicatie (APC) verder ontwikkeld, conform de beschrijving in het 'competentieprofiel en eindtermen van de huisarts' (2009).¹⁶ De beste waarborg voor competentieontwikkeling is training in de authentieke beroepscontext met behulp van complexe, realistische problemen.¹⁷⁻¹⁹ Het leren binnen de huisartsopleiding is geënt op dit uitgangspunt van competentiegericht opleiden.²⁰ Hierbij gaat het om de volgende APC competenties:

- bouwt effectieve behandelrelaties op',
- past communicatietechnieken en -middelen doelgericht toe',
- betreft de patiënt actief bij de besluitvorming'.

Gezien de contextgerichtheid van het huisartsgeneeskundig werken, is de competentie 'interpreteert de klacht binnen de context' vanuit het taakgebied vakinhoudelijk handelen eveneens relevant:

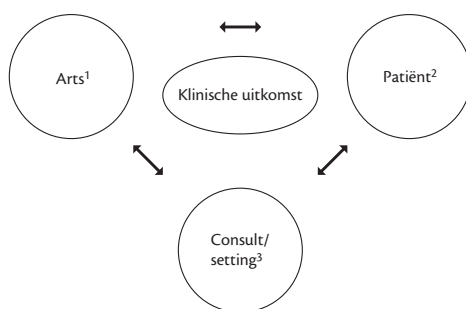
'de huisarts betreft de fysieke, psychische, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden van de patiënt, diens levensfase en de gezondheidsgeschiedenis bij de interpretatie van de klacht'.

Deze competentie kan worden vertaald naar een definitie van 'contextspecificiteit' in het consult, waarin naast factoren van de arts (o.a. persoonlijke kenmerken, vaardigheden, overtuigingen, voorkennis, doelen), ook consultfactoren (o.a. type consult, aard van de klacht, tijd, werkrelatie) dienen te

worden meegenomen. De invloed van de complexe interactie tussen deze factoren is medebepalend voor het beloop en de klinische uitkomst van het consult.²¹⁻²³ Deze samenhang is vereenvoudigd weergegeven in Figuur 1.

Evaluatie heeft aangetoond dat tijdens de huisartsopleiding de ontwikkeling van APC competenties onvoldoende toeneemt en dat het eindniveau onbevredigend is.²⁴ In deze studie is echter niet de onderwijsinhoud op het gebied van APC meegenomen, terwijl die juist bepalend is voor de effectiviteit van het APC onderwijs.²⁴⁻²⁵

Bij een in 2004 verricht onderzoek naar de APC onderwijsinhoud bij alle acht huisartsopleidingen werd veel variatie gevonden in de beschrijvingen van gewenste communicatieve gedragingen.²⁶ Deze bleken ongeordend en moeilijk te vinden in het onderwijsmateriaal. Dit resulteerde in de aanbeveling de kwaliteit van de onderwijsinhoud en de eraan gekoppelde onderwijsmethodes verder te ontwikkelen. Het verkregen inzicht in de huidige stand van de onderwijsinhoud APC maakt het moge-



1. Artsfactoren: kennis, vaardigheden, professionaliteit, ervaring, expertise, onzekerheid, interesse, onoplettendheid, ziekte
2. Patiëntfactoren: acuutheid ziekte, complexiteit problemen, angst, communicatieve vaardigheden, veel voorkomend versus zeldzame presentatie
3. Lengte afspraak, ambulante of klinische setting, ondersteunende systemen, personeelsbezetting

Figuur 1. *Werking van contextspecificiteit in het medische consult: factoren en hun complexe interactie.*²³

lijk aanbevelingen te doen voor de onderwijsontwikkeling binnen de medische vervolgoopleidingen en in het bijzonder binnen de huisartsopleiding.

In deze studie presenteren wij een inventarisatie van de onderwijsontwikkeling APC bij de acht Nederlandse huisartsopleidingen tot 2009. Het doel is tweeledig:

- 1) Inventariseren in hoeverre er sprake is van interne consistentie tussen competenties en/of eindtermen, (contextspecifieke) leerdoelen en onderwijsinhoud, als voorwaarde voor optimale sturing van het leergedrag van huisartsen in opleiding (aios).
- 2) Formuleren van aanbevelingen voor verdere APC onderwijsontwikkeling op basis van de bevindingen.

Methode

Dataverzameling en analyse

Het ontwikkelde onderwijsmateriaal APC (tot 2009), dat na twee schriftelijke verzoeken is aangeleverd door de coördinatoren van de acht huisartsopleidingen (Amsterdam VU en UvA, Rotterdam, Leiden, Groningen, Utrecht, Nijmegen en Maastricht), vormt de definitieve dataset van deze beschrijvende studie. Dit materiaal is eerst holistisch, in zijn geheel en in onderlinge samenhang (context), bestudeerd om qua inhoud en vormgeving tot een ordening te komen van de verschillende typen onderwijsmateriaal. Via een cyclisch en iteratief proces is met behulp van de attenderende begrippen *competentieprofiel*, *leerdoelen* en *contextspecificiteit* een hernieuwde analyse uitgevoerd om onderstaande vraagstellingen te onderzoeken (zie Box 1).²⁷

Het onderwijsmateriaal voor aios is bestudeerd omdat hierin de verwachtingen qua competentieontwikkeling worden geëxpliciteerd voor de doelgroep (aios). Voorwaarde voor inclusie is een samenhang tussen competenties en leerdoelen, vertaald in programma's voor onderwijsbijeenkomsten.

Box 1. Een beschrijving van de samenhang tussen competentie, eindterm en leerdoel volgens Hoobroeckx & Haak (2002).²⁸

- *Competentie*: het vermogen om in een complexe beroepscontext beschikbare kennis, inzichten, vaardigheden en attitudes aan te wenden, zodat de prestatie ('performance') is naar wat in de praktijk verwacht mag worden volgens prestatie-indicatoren.
- *Eindterm*: de 'performance' die vertoond moet kunnen worden na afronding van een opleiding in zijn geheel. Dit wordt vaak afgeleid van het gewenste gedrag en beschreven als hoofddoelen of kwalificatie-eisen.
- *Leerdoel*: het gedrag dat moet kunnen worden vertoond na afronding van een opleidingsonderdeel, wordt veelal afgeleid van de eindtermen.

Dit inclusie criterium komt voort uit de noodzakelijke aansluiting van de onderwijsinhoud op de eisen van de beroepspraktijk, naast de onderwijskundige visie dat leerdoelen specifiek moeten zijn beschreven. Dit laatste maakt leerdoelen richtinggevend bij het ontwikkelen van een consistent overdraagbare onderwijsinhoud en bevordert de toetsbaarheid van APC.²⁸

De volgende vraagstellingen zijn in deze studie onderzocht:

- Welk APC onderwijsmateriaal van de acht huisartsopleidingen is beschikbaar met betrekking tot de drie opleidingsjaren?
- In welke mate zijn de in het onderwijsmateriaal aanwezige leerdoelen afgeleid van het competentieprofiel en de eindtermen, en zijn deze vertaald naar de onderwijsinhoud?

Indien er sprake was van interne consistentie tussen competenties en/of eindtermen, leerdoelen en het programma voor de onderwijsbijeenkomst, dan is de volgende vraagstelling onderzocht: In welke mate zijn er contextspecifieke aanbevelin-

gen aanwezig in de leerdoelen van deze onderwijsinhoud?

Resultaten

Beschikbaar APC onderwijsmateriaal

Er was onderwijsmateriaal beschikbaar van alle acht huisartsopleidingen. Dit is bestudeerd om de eerste twee vraagstellingen te beantwoorden (zie Tabel 1). Het onderwijsmateriaal van Rotterdam, Leiden, Amsterdam (UvA) en Groningen bevat syllabi voor jaar 1 met een programma voor de onderwijsbijeenkomsten (zie Tabel 2). In jaar 2 en 3 worden in Rotterdam en Leiden themagerichte modules gebruikt, die veelal een schema voor studieactiviteiten als leidraad bevatten. Ditzelfde geldt voor Amsterdam (UvA) waar een syllabus gebruikt wordt voor jaar 3. Het beschikbare onderwijsmateriaal van de andere huisartsopleidingen (Maastricht, Utrecht, Nijmegen en Amsterdam VU) voldeed niet aan het inclusiecriteria. De laatste vraagstelling is daarom beantwoord met behulp van het onderwijsmateriaal van vier huisartsopleidingen.

Eindtermen, competenties en leerdoelen

APC in onderwijsprogramma's

Jaar 1: In Rotterdam wordt in de inleiding van de syllabus voor jaar 1 het competentieprofiel APC genoemd. Leiden beschrijft tevens deelcompetenties APC, de verwevenheid met andere taakgebieden en koppelt de formulering aan de niveaus van de piramide van Miller 29: competenties zijn veelal in concrete gedragstermen en op het 'does'-niveau geformuleerd, eindtermen op het niveau van 'knows' of 'knows how'.

In Rotterdam worden bij de tien onderwijsbijeenkomsten de eindterm(en) zonder competenties genoemd, met betrekking tot het hulpverleningsproces en beroepshouding. De beroepshouding kan worden onderverdeeld in relationele en gespreksvaardigheden. In het onderwijs dat cyclisch

is opgebouwd, staat het consultvoeringmodel centraal en dezelfde onderwerpen komen met een toenemende complexiteit aan bod.

In Leiden worden bij iedere bijeenkomst, naast de APC competenties, de van toepassing zijnde aspecten met betrekking tot professionaliteit, vakinhoudelijk en maatschappelijk handelen genoemd. De leerdoelen zijn voor de veertien bijeenkomsten gespecificeerd naar kennis en vaardigheden.

Jaar 2 en 3: Voor de opleidingsjaren 2 en 3 ontwikkelden Leiden en Rotterdam onderwijsmodules met een beschrijving van de (deel)competenties APC. In de modules 'beleid bij patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten', 'conflictmanagement' en 'sterven en verliesbegeleiding' van Rotterdam (jaar 2 en 3) worden leerdoelen beschreven op het niveau van houding, kennis en/of vaardigheden, zonder deze te verbinden met het competentieprofiel.

Leiden hanteert in themagerichte modules (jaar 2 en 3) het competentieprofiel APC als uitgangspunt, toegespitst op de context van de beroepssituatie, en hier worden de leerdoelen gespecificeerd naar kennis en vaardigheden.

Amsterdam (UvA) werkt vraaggestuurd en hier kiest de aios zelf de competenties om te trainen zonder dat er een verwijzing naar het competentieprofiel aanwezig is in het onderwijsmateriaal (jaar 3).

Groningen verwijst in het onderwijsmateriaal voor de opleidingsjaren 1 en 3 niet naar het competentieprofiel en/of de eindtermen zodat de consistentie tussen competenties en leerdoelen niet kon worden bestudeerd, evenmin als de vertaling naar contextspecifieke leerdoelen.

Contextspecifieke aanbevelingen in de leerdoelen

Jaar 1: In Tabel 2 worden inhoudelijke thema's per onderwijsbijeenkomst beschreven. In Rotterdam komen tijdens bijeenkomst

Tabel 1. *Overzicht van het beschikbare onderwijsmateriaal arts-patiënt communicatie (APC) van de acht huisartsopleidingen in Nederland, per opleidingsjaar.**

Instituut	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3
Universiteit Maastricht	- Onderwijskader jaar 1-3 (separaat voor aios, docenten en opleiders) - Twee Modules aios - Syllabus VU	Workshops: thematisch of per gesprekstechniek	
UMC Utrecht	- Lesplannen - Docent instructie - Onderwijskader	Geen informatie	- Handleiding aios - Docent instructie - Lesplannen
Erasmus MC Rotterdam	- Syllabus aios* - Docenthandleiding - Handleiding opleiders	Voor drie thema's: - 1 Syllabus aios* - 2 Studiehandleidingen*	Voor twee thema's: - 2 syllabi aios* - 2 docenthandleidingen
UMC Radboud Nijmegen	- Onderwijskader jaar 1-3 (voor aios, docenten, opleiders)		
LUMC Leiden	- Syllabus aios* - Reader aios - Docent instructie - Onderwijskader jaar 1-3	- Losse syllabus aios, handleiding aios of onderwijsprogramma per thema*	
Amsterdam VU	- Handleiding jaar 1-3 (voor aios, docenten, opleiders) - Onderwijskader jaar 1-3		
Amsterdam UVA	- Handleiding aios* - Reader aios	Geen informatie	- Syllabus aios* - Module docenten
UMC Groningen	- Handleiding aios* - Docenthandleiding per generieke vaardigheid - Hand-outs aios per generieke vaardigheid	Geen informatie	- Onderwijsprogramma met docent instructie

* In deze studie geanalyseerd onderwijsmateriaal.

Tabel 2. *Overzicht van de contextspecifieke thema's voor bijeenkomsten in onderwijsinhoud APC voor aios, van drie huisartsopleidingen per opleidingsjaar.**

Instituut	Jaar	Inhoud onderwijsbijeenkomsten
Erasmus MC Rotterdam	1	<p>Cyclus 1: Inleiding in de communicatie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Begin van het consult 2. Informatie inwinnen 3. Informeren en het consult afsluiten <p>Onderlinge toetsing</p> <p>Cyclus 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Actief luisteren 6. De relatie opbouwen 7. Advies, planning en het consult afsluiten <p>Toets consultvoering</p> <p>Cyclus 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Metacommunicatie 9. Referentiekader 10. Beïnvloeding van patiënten
	2 en 3	<p>Conflictmanagement</p> <p>Sterven & Verliesbegeleiding</p> <p>Beleid bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten</p>
LUMC Leiden	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relatie opbouwen 2. Bejegening bij lichamelijk onderzoek 3. Introductie consultvoering 4. Hulpvraagverheldering 5. Zwangerschap, abortus & herkennen van gevoelens 6. Consultvoering in acute situaties 7. Exploreren 8. Toets 1 9. Afronden vraagverheldering en onderhandelen 10. Lage rugklachten & diagnose & bevindingen bespreken, instructies geven en opvolgedrag bespreken 11. Eigen leervragen naar aanleiding van toets 12. Slaapproblemen & beleid samen vaststellen en consultevaluatie 13. Toets 2 14. Signaleren van misbruik/ huiselijk geweld 15. Motiveren tot zelfzorg 16. Seksuologie deel 1: praten over seks 17. Videoconsult met eigen leervraag

Tabel 2. *Vervolg*

Instituut	Jaar	Inhoud onderwijsbijeenkomsten
	2	Driegesprek Alcohol Persoonlijkheidsstoornissen Cognitieve gedragstherapie
	3	Somatisatie
Amsterdam UVA	1	1. en 2. Kennis maken met APC en het consultvoering model 3. Hulpvraagverheldering 4. Fase 1: Intake 5. Fase 2: Contractering 6. Gevoelsreflecties, empathie en empathische reacties 7. Tussentoets 8. Fase 3: Uitvoering – anamnese 9. Fase 3: Uitvoering – bevindingen bespreken en etniciteit 10. Seksespecificiteit, slecht nieuws en eigen emoties 11. Fase 3: Uitvoering – samen beleid vaststellen 12. Fase 3: Instructies geven en fase 4: afronding 13. Eindtoets consultvoering 14. Tweesporenbeleid
	3	Keuze onderwerpen: 1. Omgaan met conflicten en agressie 2. Eisende patiënten 3. Onderhandelen 4. Interactiemodel: de Roos van Leary 5. Counselen 6. Driegesprekken 7. Feedback 8. Gesprekken over het levenseinde

* Het onderwijsmateriaal van drie huisartsopleidingen, dat voldoet aan de inclusiecriteria.

1-4 generieke huisartsgeneeskundige communicatievaardigheden aan de orde, zoals 'informatie inwinnen of geven' en 'het consult afsluiten'. In de opbouw van het programma nemen de verschillende vaardigheden en fases van het consult qua complexiteit toe. Thema's als 'actief luisteren' en 'de relatie opbouwen' worden gevolgd door de thema's 'metacommunicatie', 'referentiekader' en 'beïnvloeding van patiënten'. In het programma zijn geen leerdoelen terug te

vinden die informatie bevatten over de context van een huisartsgeneeskundige beroepssituatie.

In Leiden zijn de leerdoelen voornamelijk generiek, bijvoorbeeld 'in reactie op de hulpvraag van de patiënt een concreet consultplan formuleren'. Voor vier bijeenkomsten zijn leerdoelen voor APC gekoppeld aan een complexe (huisartsgeneeskundige) beroepssituatie: 1) Zwangerschap, abortus en herkennen gevoelens, 2) Consultvoering

in acute situaties, 3) Slaapproblemen en beleid vaststellen, 4) Signaleren kindermishandeling en doorvragen/ confronteren. De leerdoelen beschrijven welk gedrag de aios moet vertonen, bijvoorbeeld bij acute situaties: 'het beleid met de specialist kunnen bespreken en wanneer nodig hierover onderhandelen of eisen stellen door het verwoorden van de eigen hulpvraag, overwegingen, diagnose en behandelvoorstel, en te overleggen over een te volgen beleid'.

In Amsterdam (UvA) komen in drie bijeenkomsten de volgende contextspecifieke thema's aan de orde zonder deze expliciet te koppelen aan vakinhoudelijk handelen in leerdoelen: etniciteit, seksespecificiteit en het tweesporenbeleid bij onbegrepen lichamelijke klachten.

Jaar 2 en 3: De module 'sterven en verliesbegeleiding' (Rotterdam) bevat leerdoelen die gewenst gedrag beschrijven, zoals: 'de patiënt en diens directe omgeving voorbereiden op een naderend sterven op geleide van de behoeften en noden van de patiënt'. Uit het geformuleerde leerdoel blijkt dat de aios moet weten met welke vragen patiënten en hun naasten worden geconfronteerd in de stervensfase, dat hij kennis moet hebben van passende interventies en dat hij deze kan toepassen in het consult.

In de modules 'driegesprekken' en 'somatisatie' van Leiden zijn leerdoelen generiek beschreven; wel wordt in het thema van de bijeenkomsten naar een beroepscontext verwezen, zoals de setting (verpleeghuis) of type klacht (somatisatie).

Amsterdam (UvA) heeft een syllabus voor jaar 3 ontwikkeld met keuzeonderwerpen zoals 'omgaan met eisende patiënten' en 'counselen', naast twee verplichte bijeenkomsten over 'conflicthantering'. Leerdoelen zijn enerzijds gericht op het leerproces, zoals 'het schetsen van eigen leerlacunes' en 'inventarisatie van leerbehoeften' en anderzijds uitgesplitst naar kennis en vaardigheden met betrekking tot het specifiek communicatief

thema, zoals onderhandelen of counselen. Er wordt niet verwezen naar de context van een beroepssituatie, uitgezonderd het voeren van drie gesprekken. Enige leerdoelen bevatten beschrijvingen van gewenst gedrag, zoals 'de communicatievaardigheden ontwikkelen die nodig zijn om de relatie functioneel te houden, kunnen hanteren, ook als de patiënt als eisend wordt ervaren'.

Discussie

In de Nederlandse huisartsopleidingen is de onderwijsinhoud APC het meest ontwikkeld in de onderwijsprogramma's voor het eerste jaar; het accent ligt daarbij vooral op de generieke toepassing van communicatieprincipes. De koppeling tussen competenties en leerdoelen vindt op verschillende wijzen plaats in de onderwijsbijeenkomsten en is terug te vinden in het onderwijsmateriaal van drie huisartsopleidingen (37,5%). Dit is uitgewerkt in de beschrijving van competenties en leerdoelen, of van alleen eindtermen of leerdoelen. Deze leerdoelen geven informatie over de context van de beroepsituatie, veelal gerelateerd aan type klacht, patiëntengroep of setting van het consult. Artsgerelateerde factoren dienen nog verder te worden uitgewerkt in het APC onderwijs, evenals het vaststellen van de contextspecifieke factoren die een sleutelrol vervullen in effectieve communicatie. De leerdoelen beschrijven APC competenties, soms in combinatie met de competenties medisch handelen, samenwerken of professionaliteit.

Alleen de onderwijsinhoud waarin de competenties of eindtermen expliciet waren gekoppeld aan de onderwijsdoelen is bestudeerd. Er is daarmee een reële kans dat onderwijsmateriaal van didactisch hoge kwaliteit buiten beschouwing is gebleven. We maakten deze keuze om vast te kunnen stellen of het APC onderwijsmateriaal voor aios congruent is met de vereiste APC competentieontwikkeling voor de huisartsge-neeskundige beroepspraktijk.

De aanwezigheid van contextgerelateerde leerdoelen is een randvoorwaarde voor het systematisch creëren van een krachtige leeromgeving.²⁸ De kern van het competentiegericht opleiden is dat deze leeromgeving zoveel mogelijk overeen dient te komen met de situatie waarin het geleerde later toegepast moet worden, uitnodigt tot activiteit, voorziet in begeleiding en voortdurend impulsen geeft om zelf te leren, zodat een besef van eigen bekwaamheid ontstaat.³⁰

Bij complexe leertaken, zoals het toepassen van communicatievaardigheden in een medisch consult, wordt de aios voortdurend geconfronteerd met keuze- en beslismomenten, zogenaamde professionele dilemma's.³¹⁻³³ Dit vereist dat geleerde communicatievaardigheden flexibel kunnen worden toegepast: het accent dient te liggen op het leren coördineren en integreren van geleerde kennis, vaardigheden en houdingen in de beroepspraktijk.³⁴ Dit zou in het APC onderwijs kunnen worden uitgewerkt in authentieke leertaken met oplopende complexiteit, op basis van de klacht, verkrijgbare gegevens, eisen van de patiënt en beschikbare tijd.^{17 35}

Transfer van geleerde kennis, houdingen en vaardigheden naar de beroepscontext is essentieel: een communicatief vaardige huisarts die communicatievaardigheden en –methodieken doelgericht kan inzetten en de patiënt actief kan betrekken bij de besluitvorming vanuit een effectieve behandelrelatie. Een discrepantie tussen de beroepssituatie (= toepassingssituatie) en opleidingsdoelen blijkt een primaire bron te zijn van transferproblemen.³⁶⁻³⁷ Een mogelijke verklaring voor dit probleem zou een te grote afstand kunnen zijn tussen wat iemand in staat is te doen en wat iemand daadwerkelijk laat zien.^{17 37-39} Dit zijn de twee bovenste niveaus van de piramide van Miller – een model geschikt voor onderwijssettings – waarin het formeel leren centraal staat. In de opleidingspraktijk is het rele-

vant om contextfactoren een expliciete plaats te geven, naast directe observatie en het genereren van feedback, gezien het informele karakter van het leren. Het model van Rethans et al. (2002) visualiseert de mogelijke invloed van contextfactoren op de prestatie van de (huis)arts, naast het competentieniveau als preconditionie, in een visie op toetsen in de praktijk.⁴⁰

Dit model is ook van toepassing in situaties waarin invloeden het microniveau van het consult ontstijgen. Voorbeelden hiervan zijn het werken met richtlijnen of protocollen en het overheidsbeleid; deze verdienen eveneens aandacht in het APC onderwijs omdat ze bepalend kunnen zijn voor de APC in de beroepssituatie.

De leerdriehoek opleidingspraktijk – zelfstudie – ondersteunend onderwijs dient een prominentere plaats te krijgen in de onderwijsinhoud APC van de huisartsopleidingen.⁴¹ Deze is tot heden vooral gericht op het ondersteunend onderwijs, terwijl 80% van de opleidingstijd in de huisartspraktijk plaatsvindt.

Het ondersteunende onderwijs kan een belangrijke rol vervullen in het sturen van het leren in de praktijk, terwijl deze krachtige leeromgeving behouden blijft.⁴² Deze verbinding kan worden versterkt door het praktijkleren meer te formaliseren: vanuit het ondersteunende onderwijs kan gewerkt worden met praktijkopdrachten die parallel aan het onderwijs(materiaal) voor de opleidingspraktijk lopen, zodat er een consistente leerlijn ontstaat.

De kans op een discrepantie tussen opleidingsdoelen en de toepassingssituatie, het contextueel leren, kan verder worden verkleind door huisartsopleiders (en docenten) te blijven trainen in APC en didactische competenties. Dit als waarborg voor een inhoudelijke en didactische aansluiting van het praktijkleren met het ondersteunend onderwijs. Professioneel leren van de aios vereist dat de opleider in leergesprekken kri-

tisch reflecteert op uitgevoerde beroepstaken.⁴²⁻⁴³ In de opleidingspraktijk wordt vooral geleerd van de ervaring en sociale interactie; theoretisch leren vindt vooral plaats door zelfstudie en ondersteunend onderwijs. Het kritisch reflectief integreren van het geleerde is noodzakelijk om deze vormen van leren met elkaar te verbinden en kritisch te toetsen.⁴²⁻⁴³ De huisartsopleider biedt hiertoe adequate leermogelijkheden; door het expliciteren van gedrag en communicatie, het stimuleren van kritische vragen en het geven van formatieve feedback op leergedrag na directe observatie kan hij als positief rolmodel fungeren.^{39 44-46} Reflectie als sturingsmechanisme maakt transfer en de generalisatie van APC competenties mogelijk naar een oneindig aantal beroepssituaties.⁴²

Praktijkleren wordt ondersteund door de onderwijsinhoud toe te spitsen op professionele dilemma's rondom APC in kenmerkende beroepssituaties.³² De afstemming met de noodzakelijke (APC) competenties en de formulering van contextspecifieke toetsingscriteria maken dat deze beroepssituaties geschikt zijn als bron van casuïstiek in het APC onderwijs.^{31 33} Dit is congruent met het onderwijskundige *principle of constructive alignment*: onderwijsdoelen, -toetsing en -inhoud, dienen dezelfde visie op leren als grondslag te hebben om tot het gewenste leergedrag te komen.²⁰

De belangrijkste aanbeveling voor verdere APC curriculumontwikkeling binnen de huisartsopleiding is het geven van een nog explicietere plaats aan de leerdriehoek (opleidingspraktijk – ondersteunend onderwijs – zelfstudie). Hierdoor worden vier doelen bereikt:

- 1) De transfer tussen competentie en prestatie wordt zo klein mogelijk door de definiëring van contextspecificiteit in leerdoelen aan te scherpen, met professionele dilemma's als uitgangspunt.
- 2) Complexe leertaken uit kenmerkende beroepssituaties worden geïntegreerd in het ondersteunende onderwijs.
- 3) De huisartsopleider wordt optimaal ondersteund in zijn didactische en communicatieve voorbeeldfunctie bij het trainen van APC competenties in de opleidingspraktijk.
- 4) De toetsing van APC competenties kan plaatsvinden op basis van indicatoren uit kenmerkende beroepssituaties, die nauw aansluiten op contextspecifieke onderwijsdoelen en APC onderwijsinhoud.

Dit zijn noodzakelijke randvoorwaarden om de consistentie en overdraagbaarheid van APC onderwijs(inhoud) te faciliteren, zodat het leren integreren en toepassen van (APC) competenties optimaal kan aansluiten bij de beroepssituatie van de huisarts.

Literatuur

1. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325:697-700.
2. Ong LML, Haes JCJM de, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903-918.
3. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Oxford/ San Francisco: Radcliffe Publishing; 2005.
4. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg – Een evidence-based benadering. Den Haag: Lemma; 2006. [Skills for communicating with patients – An evidence-based approach. Den Haag: Lemma;2006].
5. Staveren R van. Patiëntgericht communiceren – Gids voor de medische praktijk. Utrecht: De Tijdstroom; 2010. [Patient-centred communication – A guide for medical practice. Utrecht: De Tijdstroom;2010].
6. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice – Lessons from Plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994;154:1365-1370.
7. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277; (7):553-559.
8. Huntington B, Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. *Proceedings (Baylor University Medical Centre)* 2003;16(2) 157-161.

9. Kruike meier S, Coppen R, Rademakers JDDJM, Friele RD. Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg. Utrecht: Nivel; 2009. [Experiences with complaints about health care. Utrecht: NIVEL; 2009].
10. Bleker OP, ten Cate O, Holdrinet RSG. De algemene competenties van de specialist van de toekomst. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2004; 23:4-14. [General competencies of the future medical specialist. Netherlands Journal of Medical Education 2004;23(1)4-14].
11. Baarveld F, Schuling J. Het nieuwe raamplan voor de huisartsopleiding. Bijblijven 2007;23:21-28. [New blueprint for postgraduate education and training for general practice. Bijblijven 2007;23:21-28].
12. Rutten GEHM. Huisarts en patiënt – Uitgangspunten en richtlijnen. Utrecht: NHG; 1996. [General practitioner and patient – Basic principles and guidelines. Utrecht: NHG; 1996].
13. Nederlands Huisartsengenootschap (NHG). Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening – Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG; 2004. [Provision of primary care and primary care practitioners – Implementing a vision of the future general practice 2012. Utrecht: NHG; 2004].
14. Bensing J, Verhaak PFM, Dulmen A van, Visser AP. Communication: the royal pathway to patient-centered medicine. Pat Educ Couns 2000;39:1-3.
15. Weel C van. Examination of context of medicine. The Lancet 2001;357:733-734.
16. Concilium voor de Huisartsopleiding – Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Competentieprofiel en eindtermen van de huisarts; 2009. [Conciliun for postgraduate education and training for general practice – Competency profile and learning outcomes for the general practitioner].
17. Janssen-Noordman AMB, Merrienboer JGG van, Vleuten C van der, Scherpbier AJJA. Innovatief onderwijs ontwerpen: via leertaken naar complexe vaardigheden. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2003;22:187-195. [Innovative instructional design: via learning tasks to complex skills. Netherlands Journal of Medical Education 2003;22:187-195].
18. Meijerink AM, Boendermaker PM, Bolhuis S, Pols J. Een explorerend kwalitatief onderzoek naar het leren consultvoeren door huisartsen in opleiding. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2008;27:5-13. [A qualitative exploratory study of how general practice trainees acquire consultation skills. Netherlands Journal of Medical Education 2008;27(1):5-13].
19. Nuland M van, Thijs G, Royen P van, Noortgate W van den, Goedhuys J. Vocational trainees' views and experiences regarding the learning and teaching of communication skills in general practice. Pat Educ Couns 2010;78:65-71.
20. Dochy F, Nickmans G. Competentieverricht opleiden en toetsen. Utrecht: Lemma; 2005.
21. Weel C van. Context en medisch handelen. Huisarts & Wetenschap 2001;11:494-497. [Context and medical practice. Huisarts & Wetenschap 2001;11:494-497].
22. Bensing J, Dulmen S van, Bates K. Communication in context: new directions in communication research. Pat Educ Couns 2003;50:27-32.
23. Durning SJ, Artino AR, Pangaro LN, Vleuten C van der, Schuwirth L. Redefining context in the clinical encounter: implications for research and training in medical education. Med Educ 2010;85:894-901.
24. Kramer AWM, Dusman H, Tan LHC, Jansen JJM, Grol RPTM, Vleuten CPM van der. Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice. Med Educ 2004;38:158-167.
25. Dalen J van, Hout JCHM van, Wolfhagen HAP, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der. Factors influencing the effectiveness of communication skills training: programme contents outweigh teachers' skills. Med Teach 1999; 21:308-310.
26. Veldhuijzen W, Ram PM, Weijden T van der, Wasink MR, Vleuten CPM van der. Much variety and little evidence: a description of guidelines for doctor-patient communication. Med Educ 2007;41:138-145.
27. Baarda DB, Goede MPM de, Teunissen J. Basisboek kwalitatief onderzoek. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff; 2005. [An introduction to qualitative research. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff; 2005].
28. Hoobroeckx F, Haak E, eds. Onderwijskundig ontwerpen: het ontwerp als basis voor leer-middelen-ontwikkeling. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu van Loghum; 2002. [Instructional design: starting point for the development of learning materials. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2002].
29. Miller GE. The assessment of clinical skills/ competence/ performance. Academic Medicine. 1990; 65: S63-S67.
30. Zutven G van, Polderdijk M, Volder M de. Toetsplanontwikkeling in competentiegerichte opleidingen. Onderwijsinnovatie 2004; december. [Developing assessment programmes for competence-based education. Onderwijsinnovatie, december 2004].
31. Fransen F. Je groeit in het (competentieverricht) onderwijs. Tijdschrift voor Lerarenopleiders 2007;28: 31-38. [Growth in (competence-based) education. Tijdschrift voor Lerarenopleiders 2007;28:31-38].
32. Grotendorst A, Rondeel M, Wijngaarden P van, Zanden G van der. Instellingsportretten – Kritische beroepssituaties in beeld. Onderwijs en gezondheidszorg 2005;29:18-22. [Institutional portraits – Picturing critical professional situations. Onderwijs en Gezondheidszorg 2005;29:18-22].
33. Onstenk J. Lerend leren werken – Brede vakbekwaamheid en de integratie van leren, werken en innoveren. Delft: Eburon; 1997. [Work-based learning].

- ning – General professional competence and integrating learning, working and innovation. Delft: Eburon; 1997].
34. Merrienboer JGG van, Kirschner PA, Kester L. Taking the load off a learner's mind: instructional design for complex learning. *Educational Psychologist* 2003;38:5-13.
 35. Merrienboer JGG van, Clark RE, Croock MBM de. Blueprints for complex learning: the 4C/ID model. *Educ Tech Res Dev* 2002;50:39-64.
 36. Broad ML. Overview of transfer of training: from learning to performance. *Performance Improvement Quarterly* 1997;10:7-21.
 37. Bolhuis SM, Simons PRJ, (red). *Transfer. Leren en werken*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen; 1999:137-160. [Transfer: Learning and working. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen; 1999:137-160].
 38. Simons PRJ. Transfer of learning: paradoxes for learners. *Int J Educ Res* 1999; 31:577-589.
 39. Heaven C, Clegg J, Maguire P. Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Pat Educ Couns* 2005; 60:313-325.
 40. Rethans JJ, Norcini JJ, Baron-Maldonado M et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Med Educ* 2002;36:901-909.
 41. Haan M de, Boendermaker PM, Heij I. *Het medisch ambacht: Opleiden en leren in de praktijk van de (verpleeg)huisarts*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2002. *The craft of medicine: Teaching and learning in the practice of the nursing home doctor*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2002].
 42. Bolhuis S. Professioneel leren: wat is het en hoe bevorderen we het? *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs* 2002; 21: 172-181. [Professional learning: what is it and how can we promote it? *Netherlands Journal of Medical Education* 2002;21(4):173-182].
 43. Yedema AR, Boendermaker PM, Pols J. Hoe (in) formeel leren assistenten in opleiding tot specialist hun taken en werkzaamheden uit te voeren? *Eerste verkenningen*. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs* 2007; 26:158-166. [Formal and informal learning in postgraduate medical education. An exploratory study. *Netherlands Journal of Medical Education* 2007;26(4):158-166].
 44. Baldwin TT, Ford JK. Transfer of training: a review and directions for future research. *Personnel Psychology* 1988;41: 63-105.
 45. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings – A thematic review of the literature. *Acad Med* 1995;70: 898-931.
 46. Jobst W, Sherbino J, ten Cate O et al. Competency-based medical education in postgraduate medical education. *Med Teach* 2010; 2:651-656.

De auteurs:

Mevr. dr. A.A. Timmerman is gedragswetenschapper en onderzoeker/onderwijsontwikkelaar arts-patiënt communicatie, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Huisartsopleiding, Maastricht University.

Dr. P. Ram is huisarts, universitair hoofddocent en projectleider toetsing Huisartsopleiding Nederland, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Huisartsopleiding, Maastricht University.

Dr. J.W.L. Cals is huisarts i.o. en onderzoeker, vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University.

Correspondentieadres:

Mevr. dr. A.A. Timmerman, Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, postbus 616, 6200 MD Maastricht. Tel. 043-3882805 / 043-3882814 (secretariaat); e-mail: a.timmerman@maastrichtuniversity.nl

Belangenconflict: geen gemeld

Financiële ondersteuning: geen gemeld

Summary

Introduction: Competencies for doctor-patient communication are essential for medical practitioners. Progress made in these competencies by general practice trainees over the three-year postgraduate training programme was found to be unsatisfactory. Effectiveness of training in doctor-patient communication depends on the programme's educational content. Inadequate integration of general practice context and educational content and lack of coherence between educational content, competencies and (context-specific) objectives might explain trainees' unsatisfactory progress.

Methods: We reviewed the training programmes for doctor-patient communication developed before 2009 by the eight Dutch institutes for vocational training in general practice, focusing specifically on the integration of competencies for doctor-patient communication within learning objectives with context-specific recommendations.

Results: In three training programmes (Rotterdam, Leiden, AMC-UvA), competencies and context-specific learning objectives were well aligned and integrated in programmes for training sessions. Educational content for doctor-patient communication was best developed for year 1, with some learning objectives describing the general practice context. The emphasis was on generic communication principles. The institutes differed in the way competencies and learning objectives were linked.

Discussion: Training programmes in doctor-patient communication varied considerably. Progressive integration of competencies, (context specific) learning objectives and assessment from years 1-3 requires close alignment of communication skill training with training in general practice. Transfer can be enhanced by incorporating typical situations from general practice into communication training programmes in order to develop more context-specific learning objectives. Well thought out integration of competencies for doctor-patient communication and different professional contexts within the training programme can be promoted by training supervisors and teachers of the general practice programmes how to optimise their didactic and communication competencies. Timmerman AA, Ram P, Cals JW. Competency-based postgraduate training in general practice in the Netherlands: doctor-patient communication. *Netherlands Journal of Medical Education* 2011;30(4):130-142.)